

213
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Février 1901, à 1 heure

PAR

Michel COURÉMÉROS

Né à Vouliarates (Turquie) le 1^{er} janvier 1873

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

INFLUENCE DE LA VARIOLE

SUR LA GROSSESSE

ET

LE PRODUIT DE LA CONCEPTION

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. TROISIER, professeur.

ROGER et MARFAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ANCIENNE MAISON JOUVE

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

213

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Février 1901, à 1 heure

PAR

Michel COURÉMÉNOS

Né à Vouliarates (Turquie) le 1^{er} janvier 1873

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

INFLUENCE DE LA VARIOLE

SUR LA GROSSESSE

ET

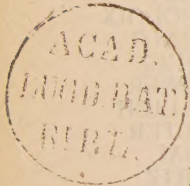
LE PRODUIT DE LA CONCEPTION

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. TROISIER, professeur.

ROGER et MARFAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

ANCIENNE MAISON JOUVE

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	} HUTINEL
	} DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	LANDOUZY
Hygiène.....	PROUST
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie..	BRISAUD
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE
	} POTAIN
Clinique médicale.....	} JACCOUD
	} HAYEM
	} DIEULAFOY
	} GRANCHER
Maladies de enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
	} BERGER
Clinique chirurgicale.....	} DUPLAY
	} LEDENTU
	} TILLAUX
Clinique ophtalmologique.....	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..	GUYON
Clinique d'accouchement.....	} BUDIN
	} PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES COUSINS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE DOCTEUR DEBOVE

Professeur de clinique médicale
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Influence de la Variole sur la grossesse et le produit de la Conception

Nous sommes heureux de pouvoir au début de ce chapitre, remercier tous ceux qui ont contribué à notre éducation médicale.

Toute notre reconnaissance est acquise à notre cher maître, M. le Docteur Roger, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, auprès duquel nous avons pu étudier les maladies infectieuses et la médecine en général. Notre année d'externat passée auprès de lui nous a laissé le meilleur souvenir. C'est dans son service que nous avons recueilli les observations qui ont été le point de départ de cette thèse. Nous tenons à lui affirmer ici notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner depuis l'époque où nous avons eu l'honneur de devenir son élève.

Nous adressons un respectueux hommage à la mémoire de notre regretté maître, le D^r Marchand.

Nous avons eu la bonne fortune d'être durant quelques mois l'externe de M. le D^r Gérard Marchand; c'est dans son service que nous avons appris cette partie difficile de la clinique : le diagnostic chirurgical. Nous l'en remercions profondément.

Monsieur le D^r Richelot, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis a été pour nous pendant notre année d'externat dans son service, d'une bienveillance qui ne s'est pas démentie, et nous sommes heureux de l'assurer de notre vive gratitude.

Que MM. les docteurs Huchard et Merklen, médecins des hôpitaux, veuillent bien agréer l'hommage de notre gratitude et de notre dévouement en souvenir du temps que nous avons passé auprès d'eux.

M. le D^r Champetier de Ribes, accoucheur des hôpitaux, qui nous a accepté pendant quelques mois dans son service a aussi droit à notre reconnaissance.

Nous voulons encore remercier MM. les D^{rs} Potherrat, Thierry, Démoulin, Mauclaire, chirurgiens des hôpitaux.

Monsieur le professeur Debove a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous l'en remercions profondément.



Introduction

L'épidémie qui vient de sévir sur Paris nous a donné l'occasion d'observer dans le service de M. Roger, un grand nombre de femmes enceintes atteintes de variole. La gravité de cette maladie chez la femme enceinte, est admise par tous les auteurs ainsi qu'on peut s'en assurer en parcourant les mémoires et les thèses parus sur ce sujet. Il nous a semblé intéressant de reprendre cette question et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention dans un travail aussi restreint d'élucider tous les points qui se rattachent à cette question ; bien des recherches sont encore à faire au point de vue bactériologique et expérimental ; mais nous avons voulu seulement exposer les faits cliniques qu'il nous a été donné d'observer, rechercher les analogies qui ont pu se présenter avec l'infection qui à la plus funeste influence sur la marche de la grossesse, la syphilis, et faire ressortir combien les recherches microbiologiques de ces dernières années,

jettent un jour nouveau sur l'influence de la variole sur la grossesse, et le produit de la conception.

Nous diviserons notre travail de la façon suivante.

Nous examinerons d'abord l'influence de la variole sur la grossesse.

Dans un deuxième chapitre nous étudierons les conséquences qui en résultent pour la mère, et s'il y a lieu d'admettre une aggravation de l'infection variolique du fait de la gravidité.

Enfin dans un troisième chapitre nous discuterons les cas de transmission de l'infection variolique au produit.



Chapitre Premier

Influence de la Variole sur la Grossesse

Les anciens auteurs avaient déjà signalé l'influence des maladies infectieuses sur la femme enceinte.

Mauriceau s'exprime ainsi : « Nous pouvons dire en général que toute maladie aiguë, fait facilement avorter la femme grosse, d'autant qu'elle tue son enfant, lequel étant mort ne peut plus rester longtemps dans la matrice ; ce qui met aussi la femme en grand danger de la vie, la faisant très souvent périr peu de temps après être avortée, ou même devant, avec son enfant dans le ventre. »

Mais il faut arriver jusqu'à Serres pour trouver des travaux spéciaux sur l'influence de la variole sur la grossesse. Cet auteur dans un travail intitulé : *Considération nouvelle sur la variole et son traitement*, s'exprime ainsi : « Il est rare que l'avortement ne survienne pas surtout si la variole est confluyente ; non pas que le fœtus soit malade, non qu'il soit comme on

l'a dit atteint lui-même par les pustules mais bien par suite naturelle d'un symptôme très commun chez les femmes variolées ; ce symptôme est la métrorrhagie. Si la métrorrhagie survient, l'avortement la suit, et dès lors, que la variole soit discrète ou confluente, que les pustules soient de bonne ou de mauvaise nature, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'autres complications la mort en est presque toujours la suite. »

Quelques années plus tard Gariel porte un pronostic beaucoup plus sombre : « Autant de cas d'avortement autant de cas nécessairement mortels. »

Chaigneau et plus tard M. Hervieux, constatent la gravité exceptionnelle de la variole chez la femme enceinte.

En 1872, Lothar Mayer, présente une statistique plus favorable que les précédentes : sur 37 cas de femmes enceintes, atteintes de variole discrète ou légèrement cohérente, il n'a observé que 4 cas d'avortement, soit 11/100.

MM. Jobart et Barthélemy, tout en faisant quelques réserves pour les formes légères de la variole reconnaissent que cette maladie est une complication grave pour la femme grosse.

San Gregorio à l'hôpital Maggiore de Milan, pendant les années 1883, 85, 86 et la moitié de 87 a vu soixante-douze femmes atteintes de variole ; 31 fois la grossesse a été interrompue, et 26 fois la variole a amené la mort, soit 48/100 d'avortement.

M. Talamon, médecin à l'hôpital de la porte d'Aubervilliers, pendant l'année 1888-89, a vu 24 femmes atteintes de variole. 14 ont avorté ; 10 ont pu mener à bien leur grossesse, soit 56/100 d'avortement.

L'avant dernière épidémie parisienne a fourni à M. Richardière les chiffres suivants pour les cas qui nous occupent : 6 avortements sur 13 femmes, soit 47/100.

Depuis cette date, on n'observe à Paris que quelques cas sporadiques par année, qui n'ont pas donné lieu à des statistiques importantes. Mais l'épidémie qui a commencé à sévir vers le début de 1900 et qui dure encore, ayant fait passer dans le service de M. Roger 941 varioleux, va nous fournir un appoint dont nous tirerons grand profit pour cette discussion.

Nous étudierons successivement :

1° L'influence de chaque forme de la maladie sur l'avortement ou l'accouchement prématuré ;

2° L'influence de chacune de ses périodes ;

3° La fréquence de l'avortement aux différents stades de la grossesse ;

4° Enfin les causes de cette tendance à l'avortement pendant le cours de la variole. •

Quelle est l'influence des formes cliniques de la variole sur l'avortement ou l'accouchement prématuré ?

Avec les auteurs classiques nous croyons qu'il faut distinguer ici les quatre formes cliniques de la variole : *a*) Varioloïde ; *b*) Variole discrète ; *c*) Variole confluente ; *d*) Variole hémorrhagique.

Varioloïde. — La varioloïde qui n'est autre chose que la variole elle-même modifiée, soit par une variole antérieure, soit par la vaccination est généralement bénigne.

M. Charpentier rapporte le cas d'une varioloïde survenant chez une femme au sixième mois de sa grossesse. La mère guérit et accoucha à terme d'un enfant vivant et bien portant. M. Richardière cite deux cas de varioloïdes chez la femme enceinte, tous les deux suivis de guérison de la mère sans expulsion du fœtus. Cependant il existe nombre d'observations qui démontrent que l'avortement peut se produire dans cette forme de la variole. Tels les cas rapportés par L. Mayer, Welch et San Gregorio, de Milan. Quant à nous, nous n'avons pas eu l'occasion d'observer des cas de varioloïde chez la femme enceinte. Mais, nous basant sur les autres formes de la maladie, nous dirons que l'interruption de la grossesse doit être exceptionnelle, vue la bénignité de la varioloïde.

Variole discrète et cohérente. — Ici l'expulsion du fœtus devient un peu plus fréquente ; le nombre d'avortement varie d'ailleurs en raison directe de la gravité de la maladie.

Jobart note 4 avortements sur 8 cas de variole discrète, soit 50/100.

San Gregorio, de Milan. 10 interruptions de la grossesse sur 40 cas, soit 25/100.

M. Talamon sur 6 cas a eu 4 avortements.

Sur 18 femmes enceintes atteintes de variole discrète ou cohérente nous avons noté :

2 accouchements à terme ;

1 accouchement prématuré à 6 mois et demi ;

1 avortement de 3 mois ;

1 avortement de 2 mois.

Celles dont la grossesse continua son cours sans aucune complication étaient à des époques variables de gestation.

1 était enceinte de 8 mois ;

1 était enceinte de 6 mois et demi ;

5 étaient enceintes de 5 mois ;

2 étaient enceintes de 4 mois et demi ;

1 était enceinte de 4 mois ;

2 étaient enceintes de 3 mois ;

1 était enceinte de 2 mois et demi.

On peut conclure de cette statistique que l'avortement, sans être la règle dans cette forme de la va-

riole, peut encore se produire, assez souvent, dans la proportion de 18/100. Nous ne comptons pas les deux accouchements à terme.

Variole cohérente secondairement confluyente, ou confluyente d'emblée. — Grave pour la mère, cette forme de variole survenant chez une femme enceinte, est regardée comme redoutable pour le fœtus. La mort du fœtus et son expulsion prématurée en seraient les conséquences ordinaires. Ces accidents se voient dans presque les deux tiers des cas, d'après L. Mayer. Les cas observés par nous n'ont pas présenté un pronostic si funeste.

Sur dix femmes atteintes de cette forme de la variole nous avons vu :

1 accouchement prématuré de 7 mois. Guérison de la mère ;

1 avortement de 5 mois. Mort de la mère ;

1 avortement de 2 mois et demi. Mort de la mère.

Une femme est morte au sixième mois de sa grossesse sans expulsion du produit.

Les 6 autres femmes n'avortèrent pas et guérèrent sans complication. De ces 6 femmes :

1 était enceinte de 6 mois et demi ;

1 était enceinte de 6 mois ;

1 était enceinte de 5 mois ;

1 était enceinte de 4 mois ;

1 était enceinte de 3 mois et demi ;

1 était enceinte de 2 mois.

Variole hémorrhagique. — Presque toujours, dans cette forme, il y a avortement et mort. Sur 3 cas San Gregorio de Milan a vu 3 fois la mort de la mère.

L. Mayer, 13 morts sur 13 femmes atteintes de variole hémorrhagique.

Pendant l'année 1900, nous avons observé dans le service de notre maître Roger, 4 femmes atteintes de variole hémorrhagique. Une d'elles, arrivée au neuvième mois de sa grossesse, a accouché à terme, durant la période d'invasion et est morte 3 jours après. Deux ont accouché prématurément à sept mois et demi, au début de la variole. La première est morte le cinquième jour, la deuxième deux jours après l'accouchement. La quatrième, qui était atteinte d'une variole hémorrhagique secondaire très légère, a pu mener à bien sa grossesse et sortir de l'hôpital guérie.

Remarquons ici la ressemblance avec ce qui se passe dans l'infection syphilitique. M. le professeur Fournier déclare que les femmes qui sont « rudement ou viscéralement épuisées par la syphilis secondaire, sont plus exposées à l'avortement ou l'accouchement prématuré ». Mais il rappelle aussitôt que cet accident peut se produire dans toutes les formes de la maladie, même dans les plus légères.

II

Y a-t-il des périodes de l'éruption variolique qui prédisposent plus que les autres à l'avortement ?

L'avortement, dans le cours de la variole, peut avoir lieu aux différents stades de la maladie ; tantôt à la période d'invasion et d'éruption, tantôt dans le cours ou à la fin de la suppuration. La dessication des pustules accomplie, l'avortement ne paraît plus à redouter. Mais c'est surtout à la période d'invasion et d'éruption que l'interruption de la grossesse se produit le plus souvent.

Welch l'a vu 18 fois sur 27 cas à la période d'éruption.

Lop l'a vu 15 fois sur 21 cas à la période d'éruption.

Dans notre statistique nous trouvons que la grossesse a été interrompue :

4 fois à la période d'invasion ;

6 fois à la période d'éruption ;

2 fois à la fin de la période de suppuration.

L'insuffisance numérique des cas ne nous permet pas de tirer une conclusion, mais nous partageons l'opinion des auteurs qui admettent que les deux périodes, les plus funestes pour la mère et le produit, sont la période d'invasion et d'éruption. Faut-il attri-

buer cette fréquence de l'avortement, durant ces deux périodes, à l'ensemble des symptômes qui caractérisent la période prodromique, à savoir : la fièvre, les vomissements, les douleurs lombaires, etc. ? ou bien faut-il l'attribuer à l'infection variolique qui atteindrait, à ce moment-là, son maximum de virulence ? Nous penchons en faveur de cette dernière hypothèse, et, à la lumière des notions actuelles de la pathologie générale, nous dirons : la gravité des symptômes maternels et l'avortement, loin de se commander l'un à l'autre, sont sous la dépendance du même facteur : l'intensité de l'infection variolique. Quand l'avortement n'a lieu qu'à la période de dessiccation, Tarnier et M. le professeur Budin pensent que le fœtus était mort déjà depuis quelque temps, au moment où la variole était en pleine activité et que l'expulsion a été plus tardive.

De même, dans l'infection syphilitique, nous voyons l'avortement atteindre son maximum de fréquence à la période d'éruption, c'est-à-dire pendant la période secondaire.

III

Quelle est la fréquence de l'avortement aux différentes âges de la grossesse ?

Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que le nombre d'avortements ou d'accouchements préma-

turés varie en raison directe de l'âge de la grossesse. Nos observations ne font que confirmer cette opinion. Sur 20 femmes enceintes de moins de six mois nous avons noté 5 fois l'interruption de la grossesse. Sur 12 femmes enceintes de six à neuf mois 7 fois la grossesse a été troublée. Il ressort de ces chiffres que plus la grossesse est avancée plus elle est exposée à être influencée par la variole.

Si nous jetons un coup d'œil général sur ce que nous venons de dire, nous voyons que les statistiques anciennes sont celles qui nous présentent le pronostic le plus sombre. Avec les auteurs les plus récents la proportion des avortements diminue. Enfin cette dernière épidémie de Paris nous fournit des résultats encore plus rassurants au point de vue de la terminaison de la grossesse ; 12 fois la grossesse a été troublée sur 32 cas.

Constatons cette évolution sans pouvoir l'expliquer parfaitement. Soit que la variole ait subi comme d'autres épidémies et spécialement la syphilis une atténuation progressive à travers les âges. soit que l'heureuse influence de la vaccination jénérienne et la rigoureuse application des règlements d'Hygiène publique, se fassent sentir de plus en plus sur la génération contemporaine. Toutes nos malades ont été vaccinées dans la première enfance, et souvent revaccinées à l'Ecole dans la seconde enfance.

Elles étaient donc dans les meilleures conditions pour supporter avec le minimum de dommage l'infection variolique.

IV

Pourquoi cette tendance à l'avortement pendant le cours de la variole ?

Les causes qui ont été invoquées pour expliquer l'interruption de la grossesse sont multiples. Nous avons déjà cité l'opinion de Gariel. Cet auteur faisait jouer un rôle important à l'intensité des douleurs lombaires. Ce symptôme variable dans son intensité n'a pas l'importance que Gariel a voulu lui attribuer. Dans ces cas d'expulsion prématurée du produit de la conception observée par nous, nous n'avons pas trouvé qu'elles aient été constamment plus marquées que dans ceux où la grossesse a continué son évolution. Il arrive fréquemment que l'intensité de la rachialgie coïncide avec les formes graves de la maladie, et que celles-ci provoquent le plus souvent l'avortement. Est-ce à dire que l'avortement résulte de la rachialgie ? Nous le croyons pas. Cet accident n'est qu'un indice de l'intensité de l'infection variolique, au même titre que les frissons, l'élévation de la température et tous les symptômes qui caractérisent la maladie.

Pour d'autres auteurs, l'avortement reconnaîtrait comme cause l'hémorrhagie utérine constatée par Peklin puis par Serres, Chaigneau, Hervieux, cette hémorrhagie en décollant les membranes détermine l'expulsion du fœtus qui suivant les cas peut naître, vivant ou mort. On peut se demander avec M. Barthélemy si l'hémorrhagie ne doit pas être plutôt considérée comme un symptôme que comme cause de l'avortement. Cet auteur a remarqué à juste raison que chez les femmes enceintes atteintes de variole on ne peut pas, comme chez les syphilitiques, attribuer ces hémorrhagies à des lésions anatomiques du placenta et des membranes capables d'amener le décollement de l'œuf. Tout récemment M. Lop, à propos de l'épidémie de Marseille, rappelle la rareté des métrorrhagies, même dans la forme hémorrhagique. Dans les cas observés par nous à l'hôpital de la porte d'Auber-villiers, nous avons examiné avec attention le placenta et ses annexes sans trouver de foyers hémorrhagiques capables d'expliquer l'expulsion de l'œuf. Partout une congestion évidente mais sans collection sanguine. La délivrance a toujours été normale sans donner lieu à un écoulement sanguin plus abondant que dans les accouchements normaux.

Pour M. le Professeur Brouardel le sang des malades atteintes de variole, et surtout de variole hémorrhagique, contient beaucoup plus d'acide carbonique qu'à l'état normal. Cet excès d'acide carbonique, qui

est un excitant des fibres musculaires, détermine des contractions prématurées des fibres musculaires de l'utérus et l'expulsion du fœtus.

L'hyperthermie aurait d'après certains auteurs une influence importante sur l'expulsion du fœtus.

Hunter en 1861 et Hohl en 1893 avaient remarqué qu'une élévation de la température chez la mère, rend le pouls du fœtus plus fréquent.

Kaminski s'appuyant sur 17 observations cliniques de fièvre typhoïde pendant la grossesse, posa la règle absolue que : c'était uniquement l'élévation exagérée de la température dans les maladies fébriles de la mère qui tuait le fœtus.

En 1869, Winkel vint par de nouvelles observations confirmer les assertions de Kaminski.

Max Runge a fait sur les animaux des expériences qui lui ont permis de confirmer les résultats de Kaminski ; il soumettait des lapines pleines à une température de 60 à 80°, dans une étuve. Au bout d'une heure il retirait les animaux qui avaient à ce moment acquis une température élevée, variant de 39 à 42°, et aussitôt il les sacrifiait. Or, toutes les fois que la température maternelle avait dépassé 41°5, les fœtus étaient morts, et chaque fois qu'elle s'était maintenue à un degré inférieur à 40°5, ils étaient restés vivants.

MM. Doléris et Doré ont entrepris un certain nombre d'expériences et ont obtenu des résultats

opposés à ceux de Runge. Il résulte de leurs recherches que si les températures élevées par le surchauffage brusque et prolongé sont rapidement mortelles et tuent la mère et l'enfant, il n'en est pas de même lorsque on élève la température d'une façon lente et progressive. Ils ont pu ainsi faire supporter à ces animaux des températures de 42 et 43° sans provoquer la mort du fœtus.

Ces auteurs ont conclu, que l'hyperthermie chez les femmes enceintes atteintes des maladies aiguës, ne joue qu'un rôle tout-à-fait secondaire sur l'expulsion prématuré du produit de la conception.

Les faits cliniques observés par nous viennent s'ajouter à ceux d'autres observateurs pour dénier avec MM. Doleris et Doré toute influence à la température sur l'avortement.

La température de toutes nos malades, soigneusement prise, n'a pas paru suffisamment élevée pour expliquer l'interruption de la grossesse. Ainsi il nous a été donné de voir la grossesse se troubler avec des températures oscillant de 37°6 à 39°, alors que nous avons observé des femmes mener à bien leur grossesse avec une température supérieure à 39°5.

Mais pourquoi rechercher les causes de l'avortement dans des modifications en somme contingentes de l'organisme maternel, alors que nous avons pour nous guider l'évolution si démonstrative de la maladie qui cause le plus d'avortements ; nous voulons dire la

syphilis. Or ici la fièvre est rare ; quand elle existe la température est peu élevée : il n'y a pas de douleurs le plus souvent. Où est donc la cause d'un accident si fréquent ? Nous savons bien qu'en première ligne comme étiologie de l'avortement syphilitique on doit placer les altérations placentaires, et la diminution du champ nutritif du fœtus qui en résulte. Mais ce sont là les altérations d'une infection à marche chronique, à longue évolution, qui met des mois entiers à édifier sa sclérose : supposons une infection aiguë, très aiguë qui se juge en quelques jours comme la variole, avec le torrent de toxines, qu'elle charrie dans l'organisme maternel, et non plus à petite dose comme précédemment, et nous n'aurons pas le temps de voir se faire des lésions placentaires autres que la congestion qui est la seule altération évidente du placenta varioleux : voilà comment l'existence de lésions placentaires définies loin d'être un caractère différentiel propre à la syphilis, devient une analogie de plus, à condition qu'on tienne compte de la très inégale rapidité d'évolution des deux infections en présence : l'une, infection chronique par excellence, puisqu'elle dure toute la vie, l'autre, type parfait d'infection suraiguë, puisqu'elle peut se dérouler en 48 heures.

Mais cette infection suraiguë que nous invoquons comme cause immédiate de l'avortement n'est plus une vue d'esprit, depuis que notre maître Roger et son interne M. Weil ont découvert le parasite de la va-

riole. Chez deux femmes mortes de la variole confluente, ces auteurs ont trouvé dans le liquide amniotique et le corps du fœtus, le parasite qu'on rencontre dans le pus et le sang des varioleux. Nous donnerons en détail ces deux observations dans un autre chapitre.

Il résulte de ces faits, que le microbe de la variole, cause de tous les accidents qui caractérisent la maladie, est aussi la cause principale de l'interruption de la grossesse.

Pour nous résumer nous dirons donc que les douleurs lombaires, l'hémorrhagie, l'hyperthermie n'ont qu'un rôle tout à fait secondaire et insuffisant pour déterminer l'interruption de la grossesse, et qu'au-dessus de ces causes, il en est une principale : c'est l'infection variolique. Elle agit de deux façons différentes : soit en déterminant la mort du fœtus et alors son expulsion devient inévitable, soit en produisant du côté de l'utérus et du placenta des troubles fonctionnels graves, capables de compromettre les conditions nutritives du fœtus et d'amener son expulsion.



Chapitre II

Conséquences pour la mère

Nous devons, après avoir exposé ce qui précède, nous demander d'où vient la gravité de la variole chez la femme grosse. Faut-il admettre qu'une femme, par le fait même de sa grossesse, est exposée à contracter une forme grave de la maladie ? nous ne le croyons pas ; la preuve c'est que toutes les formes de la maladie ne sont pas également graves pour la femme enceinte, et que, même en temps d'épidémie, on n'a pas remarqué que les femmes enceintes fussent plus prédisposées que les autres à contracter les maladies régnantes.

Mais si la femme enceinte ne contracte pas toujours une forme grave d'emblée, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le pronostic sera grave pour la mère après l'avortement.

Pour Mauriceau, c'est l'avortement qui joue le rôle fatal.

Gariel s'exprime ainsi : « Autant de cas d'avortement, autant de cas nécessairement mortels. »

Serres sur une statistique de 27 cas a vu 23 avortements, 22 morts.

Velch, 11 avortements, 14 morts.

Barthélemy est moins sévère ; sur 25 cas 11 avortements, 8 meurent.

Les cas recueillis par nous n'ont pas donné une mortalité aussi considérable.

Sur 18 femmes atteintes de varioles discrète ou cohérente, nous avons noté :

2 accouchements à terme.....	2 guérisons
1 — prématuré.....	1 guérison
1 avortement de 3 mois et demi.....	1 —
1 — de 2 mois —	1 —
13 fois la grossesse n'a pas été interrompue.....	13 guérisons

Sur 10 cas de variole cohérente confluyente ou confluyente d'emblée :

1 accouchement prématuré de 7 mois.	Guérison
1 avortement de 5 mois et demi.....	1 mort
1 — de 2 — —	1 mort
1 femme est morte sans expulsion du fœtus.	
6 fois la grossesse a suivi son cours régulier.....	6 guérisons

Sur 4 cas de variole hémorrhagiques :

1 accouchement à terme.....	1 mort
2 accouchements prématurés.....	2 mort
1 cas de variole hémorrhagique secon- daire légère.....	Guérison

Il résulte de cette statistique que l'avortement ou l'accouchement prématuré n'entraîne pas nécessairement la mort de la mère. Avant de poser un pronostic chez une femme enceinte atteinte de variole, il faut tenir compte des différentes formes de la maladie. Les formes légères varioloïde ou variole discrète évoluent chez la femme enceinte comme chez celle qui ne l'est pas. Si la femme avorte, la convalescence sera plus longue, mais la guérison s'obtient toujours.

Dans les formes cohérentes-confluentes ou confluentes d'emblée, la mère dans un état grave avant l'avortement, court les plus grands dangers après l'expulsion du fœtus, et la mort survient dans la semaine qui suit l'avortement.

La forme hémorrhagique est fatalement mortelle.

Pourquoi la mort de la mère survient-elle après l'avortement ?

Doit-on incriminer les accidents puerpéraux ?

Cela ne nous paraît pas justifié par l'observation clinique. Tout en reconnaissant que quelquefois l'avortement est suivi d'accidents septiques graves, on nous permettra de dire, d'accord avec la plupart des auteurs, que la cause de la mort après l'avortement

chez la femme atteinte de variole n'est pas la septicémie puerpérale. Monsieur le Professeur Raymond, dans les cas de ce genre assez nombreux qu'il a observés à l'hôpital Saint-Antoine, dit n'avoir jamais pu expliquer les causes de la mort par l'état de l'utérus et des annexes (phlébite, lymphangite, péritonite).

Les quelques autopsies, des femmes mortes après l'expulsion de fœtus, que nous avons eu l'occasion de faire ne nous ont pas non plus révélé du côté des organes génitaux, de lésions auxquelles on puisse imputer la mort. Notre attention par contre a été attirée par notre maître Roger, sur les lésions viscérales. Ce sont le foie et les reins qui sont les plus atteints. On comprend immédiatement combien grave, devient par ce fait même, la situation des malades auxquelles vient à manquer le secours des organes dépurateurs.

Nous donnons, à l'appui de nos dires, une observation remarquablement démonstrative.

OBSERVATION I

Il s'agit d'une femme âgée de 31 ans, entrée à l'hôpital le 25 août. Vaccinée une fois dans son enfance. Elle se dit enceinte de cinq mois. L'utérus remonte au niveau de l'om-

bilic. On n'entend pas les bruits du cœur du fœtus. Début de la maladie le 20 août par des nausées, des vomissements et de la rachialgie. L'éruption apparaît le 22.

A son entrée, on constate une éruption de variole confluente avec rash morbilliforme siégeant aux membres inférieurs. L'état général est grave : langue saburrale, couverte d'un enduit blanchâtre ; soif vive, dysphagie, insomnie, température, matin, 38°6, soir, 39°4.

Dans la nuit du 25 au 26, commencement du travail. Membranes entières. L'avortement se termine à 3 heures du matin. Expulsion en bloc. Le fœtus ne présente aucune trace d'éruption.

Le 26 août. — L'état général reste stationnaire. Température, matin, 37°8, soir, 38°3. Ecoulement peu marqué par les organes génitaux.

Le 27, aggravation des symptômes généraux : la malade devient rapidement dyspnéique, la respiration est rapide, courte, haletante, le pouls est néanmoins assez bon ; la température m. à 39°, s. 39°5 ; le ventre est ballonné et douloureux à la pression. La malade perd trop peu et sans mauvaise odeur.

Dans la soirée la dyspnée s'accroît, le ventre se ballonne de plus en plus et un teint ictérique très intense apparaît sur la peau et les muqueuses de la malade, accompagné de toute la symptomatologie de l'ictère grave.

La malade succombe à 11 h. du soir.

Autopsie. — La putréfaction avancée n'a malheureusement pas permis de faire complètement l'autopsie. Mais on a pu constater à l'ouverture de la paroi abdominale : une atrophie jaune aiguë du foie sans lésions du péritoine. L'exa-

men bactériologique du liquide amniotique et du sang fœtal a montré la présence du parasite décrit par MM. Roger et Weil.

Supposons que cette femme ait été observée dans un milieu moins attentif et moins disposé à élucider la part des altérations viscérales comme cause de la mort ; que l'autopsie n'ait pas pu être effectuée ; que l'ictère révélateur n'ait pas apparu ou ait été méconnu ; est-ce que cet ensemble infectieux constitué par le ballonnement du ventre, la douleur à la pression de l'abdomen, cette dyspnée subite, cet état général tout d'un coup devenu désespéré, tout cela deux jours après avortement, dans un milieu saturé de pyogènes, ne devait pas faire porter le diagnostic de péritonite puerpérale chez une variolique ?

Dès lors est-ce que certaines statistiques des auteurs, non appuyées sur des autopsies complètes, ne sont pas vacillantes, dans l'interprétation de la cause des décès ?

Notre autopsie en effet a écarté toute hypothèse d'infection péritonéale, pour donner à la dégénérescence aiguë du foie toute sa valeur pathogénique.

Les autres observations comportent aussi des altérations du foie et des reins à divers degrés, et nous sommes amenés à considérer l'avortement, dans ces cas de variole, comme un indice de leur gravité, ici,

une détermination de l'action toxique sur l'appareil génital, tout comme on le constate ailleurs dans les viscères, foie, reins etc.

II

Influence de la grossesse sur la variole

Si la gestation est souvent troublée par une variole, à son tour, l'exanthème est plus ou moins aggravé par le fait de la grossesse qu'il vient compliquer. Nous n'avons pas l'intention de rappeler les divers symptômes de cette maladie. Dans certains cas, elle est absolument régulière, et elle évolue comme elle le ferait chez un sujet quelconque. Dans d'autres, les symptômes généraux de la maladie acquièrent un degré d'intensité considérable.

Nous nous rapportons à ce sujet à la remarquable description donnée par M. Hervieux. Cet auteur s'exprime ainsi : « La période d'éruption et celle de
« suppuration ne présentent généralement rien de
« remarquable, quant aux phénomènes locaux de
« l'exanthème. Mais les phénomènes généraux revê-
« tent fréquemment ce caractère typhoïde. J'ai noté
« souvent une fièvre intense pendant les périodes
« d'éruption et de suppuration, même dans les cas

« où la variole avait été modifiée par la vaccine ; de
« plus, je constatais la sécheresse de la langue, la
« céphalalgie, les vomissements, la diarrhée, l'abatte-
« ment, l'insomnie, l'agitation. »

Nous avons absolument constaté les mêmes faits sur les quelques femmes enceintes atteintes de formes graves de variole, telles que la forme cohérente-confluente et hémorragique, que nous avons eu l'occasion d'observer.

Si l'avortement se produit dès le début de la maladie, certains auteurs des plus autorisés ont remarqué que la variole peut devenir hémorragique. Telle est l'opinion de MM. les professeurs Brouardel et Raymond. M. Hachard exprime la même opinion ainsi « La variole survenant dans l'état puerpéral est souvent grave et prend la forme hémorragique. » M. Arnaud, dans un remarquable article paru dans la « Revue de Médecine », s'exprime à ce sujet de la façon suivante : « L'état de grossesse et la puerpéralité aggravent notablement le pronostic de la variole et favorisent l'apparition des formes hémorragiques. Ce fait, généralement admis aujourd'hui, a pris place parmi les notions classiques. »

Nous acceptons l'opinion de ces auteurs, sans toutefois dire que ce soit la règle, et que l'avortement fasse devenir hémorragique une variole qui ne l'est pas.

Nous avons eu l'occasion d'observer trois femmes

enceintes atteintes de variole hémorragique. Toutes les trois ont accouché à la période prodromique. Peut-on dire que l'accouchement a été la cause de la forme hémorragique, et que ces malades auraient pu avoir une variole bénigne, si elles n'avaient pas avorté ? Rien ne le prouve...



Chapitre III

Variole congénitale

Nous avons déjà dit, dans un des chapitres précédents, que la variole peut atteindre le fœtus renfermé dans l'utérus en même temps qu'elle sévit sur la mère. Dans ce cas, la mère transmet la maladie dont elle est elle-même affectée, et peut donner naissance à un enfant présentant des traces d'éruption ; il faut cependant reconnaître que les exemples de variole congénitale ne sont pas très communs ; mais on peut relever dans la science un certain nombre de cas parfaitement authentiques. Nous nous contenterons de citer les principaux.

Charcot communiqua en 1851 et 1853, à la Société de biologie, deux cas de variole congénitale.

La même année, Depaul présenta un fœtus de six mois environ, qui, à sa naissance, présentait une éruption variolique.

Chantreuil, dans un cas de grossesse gémellaire, a

vu l'avortement survenir à cinq mois et demi; l'un des fœtus était atteint de variole congénitale, l'autre fœtus n'en offrait aucune trace, et il n'y avait pas eu de variole chez la mère.

En 1850, Depaul communique à l'Académie de médecine, un nouveau cas de variole congénitale. Dans la même séance, M. Blot cite le cas d'une femme qui aurait contaminé son enfant sans avoir la variole.

M. Devillier rapporte qu'en 1842, il a été à même de constater l'existence de la variole chez un enfant mort-né, âgé de 7 mois, bien que la mère n'eût jamais été atteinte de variole.

Huc cite deux cas de variole congénitale.

Nous citerons encore, parmi les observateurs qui ont rencontré et publié des faits analogues à ceux dont nous venons de parler, les noms de Bailly, Bouchut, Billiard, Jenner, Van Eperen, Chaigneau, Jobart.

Comment se transmet la variole de la mère au fœtus?

(Nous empruntons une partie des faits que nous allons exposer à un travail remarquable de notre maître Roger).

Jusqu'à ces dernières années, on admettait, en s'appuyant sur les constatations négatives de Broull et Davaine, que la bactérie charbonneuse ne passait jamais du sang de la mère dans l'organisme du fœtus; que le placenta se comportait comme un filtre parfait ne se laissant traverser par aucun corps solide. En

1888, MM. Straus et Chamberland, ayant fait des expériences, arrivèrent au même fait que Broull et Davaine. Quelque temps plus tard, MM. Arloing et Cornevin montrèrent que le charbon symptomatique se transmet de la mère au fœtus. MM. Straus et Chamberland, en continuant leurs recherches, reconnurent que dans quelques cas, la transmission est possible. En opérant sur vingt-six fœtus, MM. Straus et Chamberland démontrèrent chez quatorze, la présence de bactéries.

En 1887, Marchand publia l'observation d'une femme qui mourut de charbon quelques heures après l'accouchement ; quatre jours plus tard, l'enfant succomba à la même maladie.

M. Netter, qui a fait des recherches sur la pneumonie congénitale, signale, en 1886, la transmission du pneumocoque chez le cobaye ; sur quatre fœtus issus d'une mère contaminée, deux renfermaient le microbe.

Thorner rapporte un cas où la mère accoucha à terme, après la défervescence d'une pneumonie ; l'enfant succomba en trente-six heures ; l'autopsie montra une hépatisation du lobe inférieur gauche et l'examen microscopique permit de retrouver le pneumocoque.

MM. Chantemesse et Widal ont constaté, dans un cas, la présence du bacille typhique dans le placenta d'une femme atteinte depuis douze jours, et qui avorta au quatrième mois de sa grossesse.

M. Chamberlant, en faisant des expériences sur le choléra des poules, démontre :

1° Que le microbe du choléra des poules traverse le placenta de la lapine ;

2° Que le sang pris au même moment chez la mère et chez le fœtus contient chez ce dernier un bien moins grand nombre de microbes.

M. le professeur Landouzy a montré que la tuberculose infantile, loin d'être rare, est au contraire une des causes principales de mortalité pour les enfants du peuple. Est-elle acquise ou héréditaire ? La question n'est pas complètement résolue.

Quant à l'hérédo-syphilis son existence est indiscutable.

La transmission héréditaire a été observée aussi pour la morve, la peste, les fièvres palustres, l'érysipèle, la rougeole, la scarlatine.

En 1888, M. Malvoz est venu démontrer que les microorganismes ne se transmettent de la mère au fœtus que dans le cas où il existe des altérations placentaires.

On peut conclure de toutes ces expériences, et des observations publiées jusqu'ici que les microorganismes peuvent traverser le placenta, et que la transmission des maladies microbiennes, et de la variole en particulier, comme nous allons le voir se fait par l'intermédiaire du sang maternel, et non pas par simple contact comme Curchmann et d'autres auteurs avec lui l'admettaient.

II

Pour la variole, le microbe susceptible de passer à travers le placenta et de contaminer le fœtus est aujourd'hui connu par les récentes recherches bactériologiques de notre maître Roger, et de son interne M. Weil. Il nous a été donné de voir d'une façon très nette ces éléments dans les préparations de ces auteurs.

MM Roger et Weil l'ont rencontré dans les pustules de la variole, à côté des leucocytes de nombreux corpuscules arrondies ou ovalaires, mesurant de 1 à 3 μ , en moyenne 1 μ 75, qui fixent très fortement les matières colorantes. Ils ont retrouvé ces corpuscules dans le sang des varioleux. Au cours des varioloïdes, on ne les constate que difficilement; déjà plus fréquents dans la variole grave, ils sont surtout abondants dans les formes hémorrhagiques, où l'on en peut compter 5 ou 6 par préparation. A l'autopsie de deux femmes enceintes respectivement de 5 et 6 mois ayant succombé à des varioles confluentes, MM. Roger et Weil ont trouvé une quantité considérable de corpuscules dans le liquide amniotique et le corps du fœtus.

Nous avons déjà cité la première de ces deux obser-

vations dans un des chapitres précédents, page 28.

Voici la deuxième .

OBSERVATION II

B. . . , 28 ans, entrée à l'hôpital le 17 août. Enceinte de six mois. Dernières règles le 5 février. La grossesse a suivi son cours régulier. Vaccinée une fois dans son enfance avec succès.

Le 12 août, la malade se voit prise de nausées, de vomissements et de douleurs lombaires. Le lendemain les symptômes de la veille persistent accompagnés de frissons et de fièvre.

L'éruption apparaît le 14 sur la face, pour se généraliser le lendemain sur le tronc et les membres.

A son entrée à l'hôpital nous constatons une éruption de variole très abondante. Sur la face les pustules se confondent et forment de vastes ampoules aplaties. Sur les mains et les pieds l'éruption est cohérente. Sur la muqueuse buccale de nombreux éléments. Etat général grave : langue sèche, insomnie, température matin 38°6, soir 39. Les urines sont légèrement albumineuses. L'utérus est volumineux et remonte à deux travers de doigt au dessus de l'ombilic. Mouvements du fœtus nettement perçus. On entend distinctement les bruits du cœur fœtal.

Le 18, les vésico-pustules de la face forment de grandes

ampoules purulentes ; l'état général reste grave. La température matin 38°, soir 39°2. Pouls rapide à 120.

Le 19, tuméfaction de la face et des extrémités; suppuration abondante. Température matin 38, soir 38,6,

Le 20, même état. Température matin 38, soir 38,8. On perçoit toujours les bruits du cœur fœtal, mais ils sont aujourd'hui un peu plus rapide.

Le 22, dyspnée, râles de bronchite à la base gauche. La dessiccation commence ; température matin 38,4, soir 39,6.

Le 24, rougeur diffuse et œdème de l'avant-bras gauche. Dans la nuit insomnie et délire. Température matin 39,6, soir 39,8. Les bruits fœtaux sont moins nets.

Le 25, l'avant-bras prend un aspect érysipélateux. Etat général stationnaire. Température matin 39, soir 39,4.

Le 27, l'état général s'aggrave. La dyspnée augmente avec cyanose des extrémités. Pouls rapide à 125 ; température matin 39,2, soir 39°8. On cherche en vain les battements du cœur fœtal.

Le 28, la cyanose s'accroît, la dyspnée devient plus intense. Pouls imperceptible et la malade meurt à 10 heures du matin.

Autopsie de la mère. — Le foie pèse 2250 gr. ; il a la surface jaune complètement dégénérée. On voit sur la surface et sur la coupe des taches blanc-jaunes, quelques-unes complètement décolorées. Sur le lobe gauche à la surface et sur la coupe un lacis de couleur violette. Poumons : simple congestion dans le poumon gauche ; exsudat fibrineux dans les scissures du poumon droit avec 250 gr. de liquide. La base de ce poumon présente une splénisation remarquable. Les reins sont complètement dégénérés ; substance corticale

blanche avec pointillé rouge Rate dégénérée. Cœur normal.

Par une incision faite sur l'utérus nous avons opéré l'extraction du fœtus et recueilli le liquide amniotique d'une couleur clair transparente. Utérus congestionné.

Autopsie du fœtus. — On ne trouve pas d'éruption sur le corps du fœtus. Poids 1190 gr. Le foie est dégénéré ; sur les coupes coloration pâle avec taches couleur chamois. A la surface des poumons on voit des petites taches ecchymotiques présentant l'aspect du purpura. Mêmes taches sur le cœur ainsi que sur les reins.

MM. Roger et Weil, par l'examen bactériologique, ont trouvé dans le liquide amniotique, le foie et la rate du fœtus, un grand nombre de corpuscules.

Cette intéressante observation ainsi que la précédente prouvent que la variole, maladie essentiellement infectieuse caractérisée par le microbe découvert par MM. Roger et Weil, peut se transmettre par voie sanguine de la mère au fœtus, et déterminer chez ce dernier une maladie semblable à celle de la mère.

Quant à l'absence de l'éruption sur le corps du fœtus, elle s'explique suffisamment par les mauvaises conditions où se trouvent le fœtus. Les pustules incessamment baignées par le liquide amniotique se développent mal, ne se désèchent pas, et ne forment pas de croûtes.

Devons-nous pas rappeler ici, par analogie avec la

syphilis, que des fœtus indemnes de toute lésion spécifique, et dont l'infection n'est révélée que par les antécédents de la mère et les caractères du placenta ?

III

Nous venons de démontrer que la variole peut être transmise de la mère au fœtus par la voie placentaire. La transmission se fait surtout à la fin de la grossesse, il n'existe aucune observation de fœtus contaminé avant le troisième mois. A partir de cette époque les observations de variole congénitale deviennent plus nombreuses. Mais il s'en faut que la mère transmet toujours la maladie dont elle est atteinte. Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° La variole commence pendant la vie intra-utérine; l'enfant naît avec une éruption discrète; on constate sur le corps une centaine de pustules blanchâtres, aplaties, et se résolvant rapidement. L'enfant meurt habituellement.

C'est aussi la forme banale d'avortement des syphilitiques.

2° L'enfant vient au monde en état d'incubation, et ce n'est que quelques jours plus tard que l'éruption apparaît. Les enfants nés dans ces circonstances sont

d'une résistance viable assez faible ; ils vivent trop peu ; quels que soient les soins dont on les entourent, ils succombent quelques jours après la naissance, souvent avec de l'ictère.

Nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de ce genre (voir obs. III et XXX).

Si nous poursuivons notre comparaison avec la syphilis nous voyons que le même fait peut se présenter. Tel l'hérédo-syphilitique dont les stigmates caractéristiques apparaissent tardivement.

3° Un enfant naît vivant et indemne d'éruption, cependant il est réfractaire à la vaccination : il a donc été immunisé dans l'utérus.

Voici deux observations d'enfants immunisés.

Desnos a vu une femme qui eut vers la fin de sa grossesse une variole grave ; arrivée à la période de dessiccation, elle accoucha d'un enfant très bien portant qui ne présentait aucune trace d'éruption. La mère et l'enfant restèrent pendant un mois dans la salle des varioleux ; trois fois on essaya de vacciner l'enfant, ce fut toujours sans succès.

Chamberlant rapporte un cas analogue dans sa thèse inaugurale.

Il s'agit d'une femme qui eut au septième mois de sa grossesse une variole confluente. Cette femme accoucha à terme, d'un enfant en parfaite santé. Le lendemain de sa naissance il est vacciné par trois piqûres à chaque bras ; aucune d'elles ne prend. Huit

jours après, nouvelle vaccination de l'enfant qui échoua encore, bien que le même vaccin ait réussi sur tous les autres enfants auxquels il a été inoculé.

Tout récemment M. Lop à propos de l'épidémie de Marseille rapporte trois cas d'immunité héréditaire. « Un enfant né en pleine période d'éruption, a été « vacciné une première fois quatorze heures après la « naissance et une deuxième fois six jours après. In- « succès. Pas de variole. Deux autres enfants nés « dans les mêmes conditions ont été vaccinés, l'une « le lendemain de la naissance, et vingt jours après, « l'autre, le jour même. Insuccès chez tous les deux. « Ces trois enfants ont été suivis par nous trois se- « maines après, aucun d'eux n'a eu la variole. »

Au sujet de syphilis nous ne pouvons poursuivre ici notre parallèle avec sécurité, puisqu'il nous faudrait des observations d'hérédo-syphilitique né indemne en apparence, et incapable de contracter la syphilis : mais il n'est pas illogique de croire que certaines immunités n'ont pas d'autre origine.

4°. Il existe un certain nombre d'observations où la vaccination a réussie bien que les mères aient été atteintes de variole pendant leur grossesse. Deschamps dans sa thèse en publie trois observations.

Cela nous conduit aux cas nombreux, en somme, où des femmes infectées dans les derniers mois de la grossesse mettent au monde des enfants non syphilitiques.

Mais il y a mieux au point de vue des ressemblances entre ces deux maladies, et nous en prenons comme preuve les cas suivants aussi exceptionnels que démonstratifs pour la théorie des infections congénitales.

a) De même que pour le charbon symptomatique et la syphilis, (on a vu l'hérédité syphilitique s'exercer d'une façon inégale sur deux jumeaux, et même ne s'exercer que sur un seul, du moins en apparence, Hutchinson, Diday, Fournier), on peut dans certains cas de grossesse gemellaire, chez les femmes varioleuses, n'observer la contamination que d'un seul fœtus. Dans une observation de Kaltenbach une femme atteinte de variole mit au monde, trois enfants, deux portaient des pustules; le troisième n'en avait pas. Nous avons déjà cité au début de ce chapitre une observation analogue rapportée par M. Chantreuil.

Pourquoi cette différence entre le fœtus de la même couche? Faut-il admettre que l'enfant sain en apparence avait déjà subi, pendant la vie intra-utérine l'influence de la maladie? N'est-il plus simple de reconnaître que l'enfant est resté sain et que son placenta n'a jamais été perméable?

b) Mais il y a des cas qui ont une portée générale bien plus haute. Il s'agit d'observations où le fœtus a présenté à sa naissance une éruption de variole, alors que la mère est restée indemne.

Chaigneau rapporte le cas suivant: Une femme

était employée comme fille de salle dans un service de varioleux, elle expulsa entre le septième et huitième mois un enfant mort qui présentait des pustules varioliques ; elle n'avait pas eu elle-même la variole.

Nous avons déjà cité deux observations se rapprochant de ce cas.

Est-ce que la loi de Baumés et Colles, ne prend pas ici une extension imprévue, et ne paraît-elle pas régir aussi des cas d'infection variolique, se formulant alors ainsi : « Un enfant né varioleux peut ne pas infecter sa mère saine en apparence ». Malheureusement les observations connues sont peu nombreuses et incomplètes pour qu'on puisse tirer une conclusion.

Arrivé au terme de cette étude, si nous nous reportons à ce que nous venons d'exposer, nous voyons que les plus étroites analogies peuvent être poursuivies entre le processus variolique et syphilitique, et que le placenta, loin de constituer un filtre parfait, peut laisser passer les microorganismes. Le microbe de la variole, une fois arrivé dans le sang du fœtus se comporte de deux façons différentes : ou bien il détermine chez le fœtus une maladie semblable à celle de la mère, et sa mort en est la conséquence habituelle, ou bien le passage des bactéries trop peu nombreuses pour transmettre la maladie suffit pour le vacciner et lui conférer l'immunité. Dans ce cas, l'en-

fant, à sa naissance, sera réfractaire à toute tentative de vaccination.

Enfin, dans certains cas, pour des raisons encore inconnues, le microbe ne traverse pas le placenta et, alors, le fœtus reste indemne et pourra être vacciné avec succès.

VARIOLES DISCRÈTES ET COHÉRENTES

OBSERVATION III

F... Angèle, 30 ans, entrée à l'hôpital le 21 juillet.

Vaccinée avec succès dans son enfance, non revaccinée depuis.

La malade se voit prise le 18 juillet de céphalée, de douleurs lombaires, de frissons et de fièvre.

Le 19, elle accouche chez elle d'un enfant à terme. L'accouchement fut normal et la délivrance naturelle.

Le 20, l'éruption apparaît

A son entrée le 21, on constate une éruption de variole discrète avec un état général très satisfaisant. Température 38°2, pouls 90.

Le lendemain et les jours suivants la maladie suit son évo-

lution gardant les caractères d'une variole discrète. Suite de couches heureuse.

La malade sort guérie le 22 août.

Le nouveau-né entré avec sa mère est nourri par elle. C'est un enfant chétif venu à terme pesant 2,200 gr. et ne présentant aucune trace d'éruption le 21 juillet, mais un teint subictérique notable.

Vacciné sans succès le jour de son entrée il y a été revacciné le 25 juillet.

Le 30, apparaissent sur le corps un certain nombre des pustules varioliques disséminées sur le tronc et les membres. Autour du vaccin on ne constate pas trace d'éruption.

L'enfant meurt le 31 juillet.

La putréfaction avancée des organes n'a pas permis de faire l'examen anatomo-pathologique et bactériologique.

OBSERVATION IV

B ..., âgée de 23 ans, bonne santé antérieure, vaccinée dans son enfance.

Début de la maladie le 15 juin par de la céphalalgie, des douleurs lombaires, vomissements, toux avec expectoration.

Le 18, elle accouche chez elle d'un garçon à terme bien portant. Délivrance naturelle ; pas d'hémorrhagie consécutive. Le jour de l'accouchement la malade a remarqué sur la face et les mains une éruption papulo-vésiculeuse.

A son entrée à l'hôpital on constate une éruption de va-

riole cohérente sur la face, discrète sur le tronc et les membres. Langue sèche, douleurs dans la gorge au moment de la déglutition, vomissements et diarrhée. Température matin 38,2, soir 37,4.

L'utérus est bien revenu ; lochies abondantes mais sans odeur. Injections vaginales d'eau bouillie à 45°.

Le 22 juin, les vésicules augmentent d'étendue les unes s'arrondissent les autres restent plates et ombiliquées. Même état général.

Le 23, le contenu des vésicules de la face devient blanchâtre, les boutons s'aggrandissent et prennent une forme hémisphérique. Même état général, t. 38°.

Le 24, la suppuration commencée par la face gagne le reste du corps. Fièvre de lait. Temp. m. 37°, s. 38°5. Lochies abondantes et toujours inodores.

Le 26, la dessiccation commence. L'état général s'améliore. Temp. 37°4, matin, 38°4, soir.

Le 28, la maladie continue sa phase de dessiccation, avec amélioration notable de l'état général. T. m. 36°8, s. 37°2. La malade sort de l'hôpital guérie le 24 juillet.

Le nouveau-né est chétif et presque athrepsique. Il est vacciné sans succès le jour de l'admission à l'hôpital.

Nourri par sa mère il est pris d'une diarrhée rebelle avec teint subectérique des téguments et meurt sans présenter trace d'éruption.

Autopsie. — Foie. A sa surface on voit des taches ecchymotiques d'un violet foncé disséminées et présentant à la surface du lobe gauche un teint purpurique. A la coupe on les voit à 2 ou 3 millim. de l'épaisseur du parenchyme. Rate. Taches ecchymotiques présentant un aspect violacé.

Reins normaux. Poumons : simple congestion. Cœur myocarde extrêmement pâle. Hémato-nodules.

OBSERVATION V

B... Jeanne, entrée dans le service de M. le Dr Roger, le 16 novembre 1900. Enceinte de 6 mois et demi.

Réglée à 16 ans. Elle a eu ses dernières règles le 15 mai 1900, puis elle a eu quelques vomissements et la grossesse a suivi son cours régulier.

Le 12 novembre, elle fut prise d'une céphalalgie intense avec nausées et abattement général.

Le lendemain frissons, fièvre, douleurs lombaires.

L'éruption apparaît le 15.

A son entrée sur le visage, la partie supérieure du thorax et l'abdomen éruption de variole discrète. T. soir, 37°2.

Le 17, l'éruption a gagné les membres. Même état général. T. m. 38°2, s. 37°4.

L'utérus est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Bruits du cœur fœtal distinctement entendus.

Le 18, même état général. Temp. m. 37°. s. 37°2.

Le 20 novembre, tuméfaction du visage. L'éruption y est cohérente et les pustules se remplissent de pus.

Le 22, temp. 36°8, soir 36°4.

La maladie continue son cours régulier jusqu'au 11 décembre.

Dans la nuit du 11 au 12 début du travail ; contractions utérines énergiques et assez rapprochées. L'accouchement

se termine à 8 heures du matin. Il se fait normalement. Délivrance naturelle à 1 heure.

Le lendemain 13, état de la malade satisfaisant. Tempér. matin 37°4, soir 38.

Lochies sans odeur.

La malade guérit et quitte l'hôpital le 27 décembre.

L'enfant né vivant a succombé quelques heures après sa naissance.

A l'autopsie. — Poids 1750 gram. Le foie pèse 80 gr. et paraît dégénéré. A sa surface, on constate de petites ecchymoses. Reins normaux. Poumons congestionnés. Sang noirâtre très liquide.

OBSERVATION VI

G... Marie, 37 ans, vaccinée dans sa jeunesse. Enceinte de 3 mois. Entrée à l'hôpital d'Aubervilliers le 20 juillet pour une éruption de variole peu abondante sur la face. Sur le tronc et les membres les pustules sont très rapprochées. La vulve est absolument couverte de pustules.

Le 21 juillet, épistaxis bien abondante qui a nécessité le tamponnement. Pas de métrorrhagie.

La malade a eu une fièvre de suppuration modérée.

Le 11 août. — Avortement. Fœtus macéré. Expulsion spontanée. Suites des couches normales.

La malade guérie quitte l'hôpital le 2 septembre.

OBSERVATION VII

Vapaille, âgée de 25 ans. Vaccinée avec succès dans son enfance, non vaccinée depuis.

Entrée à l'hôpital d'Aubervilliers le 28 octobre. Enceinte de deux mois. Utérus volumineux.

Elle a eu déjà trois accouchements prématurés. Le premier à huit mois, le deuxième à sept mois, le troisième à six mois et demi. Deux fausses couches de 3 et de 2 mois respectivement.

A son entrée, on constate une éruption de variole discrète cohérente. L'état général est bon. Température, 37°2.

Dans la nuit du 27 au 28 octobre, la malade perd du sang en assez grande quantité et éprouve des douleurs rappelant celles de l'accouchement.

Le 28, vers 1 heure de soir, l'expulsion de l'œuf a lieu sans hémorragie consécutive. L'état général continue à être satisfaisant. Température, matin, 37°2, soir, 38°4.

29 octobre. — L'amélioration continue. Rien d'anormal du côté des organes génitaux.

30 octobre. — La maladie suit son évolution normale et la malade quitte l'hôpital le 22 novembre complètement guérie.

OBSERVATION VIII

Mathide C..., âgée de 19 ans, vaccinée dans l'enfance. Bonne santé antérieure. Réglée à l'âge de 14 ans. Grossesse de 8 mois. Primipare. Entrée à l'hôpital pour une variole caractérisée par des boutons assez nombreux par place, principalement sur la face et les membres. La variole suit son cours régulier sans complication.

Le 23 juillet, quelques douleurs dans le bas ventre, calmées par des lavements laudanisés. Pas de métrorrhagie. La malade sort le 21 août.

OBSERVATION IX

T..., âgée de 26 ans, entrée à l'hôpital le 22 décembre. Grossesse de 6 mois et demi. Réglée à 17 ans, elle a eu ses règles pour la dernière fois le 25 mai 1900.

Rien de particulier à signaler pendant la durée de la grossesse.

Vaccinée à son enfance. Jamais depuis.

Le 17 décembre, elle est prise d'une céphalalgie intense s'accompagnant de vomissements.

Le lendemain, frissons et fièvre.

Le 19, mêmes symptômes, auxquels s'ajoutent des dou-

leurs de reins, que la malade compare aux douleurs du début de ses accouchements précédents.

L'éruption apparaît le 21.

. A son entrée, éruption discrète généralisée sur tout le corps. Symptômes généraux modérés. T. soir, 38°6,

Le lendemain même état. T. m. 37°4, s. 38°6. Utérus à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Battements de cœur du fœtus distinctement entendus. Pas de métrorrhagie. La maladie suit son évolution normale. Les battements fœtal ont toujours été parfaitement distincts. Guérison.

OBSERVATION X

Dachet G..., âgée de 17 ans, ne présentant aucune tare appréciable héréditaire et personnelle.

Vaccinée avec succès dans son enfance, non revaccinée depuis.

Primipare. Réglée à 13 ans. Régulièrement. Dernières règles fin mars.

Entrée à l'hôpital le 25 août et présentant une variole cohérente, qui suit son évolution normale jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Bruits du cœur fœtal nettement perçus. Aucune complication pendant la maladie.

OBSERVATION XI

Clémentine M..., âgée de 36 ans.

Enceinte de 5 mois. Vaccinée avec succès dans son enfance.

Début le 22 septembre par de la céphalée, de la fièvre, et des douleurs lombaires si intenses, que la malade se croyait sur le point d'accoucher.

A son entrée, on constate une éruption de variole discrète bénigne avec des symptômes généraux peu graves.

La maladie suit son évolution normale, sans aucune complication ni du côté de l'utérus gravide ni d'aucun autre organe, et la malade quitte le service le 15 octobre complètement guérie.

OBSERVATION XII

P..., 28 ans, vaccinée avec succès dans l'enfance et revaccinée sans succès il y a trois semaines.

Elle se dit enceinte de cinq mois.

Entrée à Aubervilliers pour une éruption de variole discrète.

Guérison, sans aucune complication.

OBSERVATION XIII

L..., 32 ans. Vaccinée avec succès à l'âge de dix ans.

Entrée à l'hôpital le 26 octobre avec une éruption moyennement abondante sur la figure, le corps et la muqueuse buccale. La malade est enceinte de cinq mois et demi. Dernières règles le 6 mai. Mouvements actifs perçus depuis un mois. Battements cardiaques nets.

L'affection suit sa marche normale, fièvre de suppuration modérée ; aucun accident utérin. La malade guérit sans aucune complication.

OBSERVATION XIV

G... Albertine, 22 ans, domestique. Vaccinée à l'âge de dix ans. Réglée à 12 ans et demi. Bien réglée d'habitude. Enceinte de cinq mois. Primipare.

Entrée le 22 novembre pour une variole discrète. Bon état général.

La malade guérit sans complication.

La grossesse poursuit son cours normal.

OBSERVATION XV

Geneviève L., âgée de 35 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 6 novembre. Cette femme qui paraît d'une bonne constitution assure qu'elle n'a pas cessé d'être bien réglée depuis l'âge de 15 ans. Elle a 4 enfants bien portants. Accouchements normaux. Actuellement enceinte de 4 mois et demi. L'utérus s'élève à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Vaccinée dans l'enfance avec succès.

A son entrée à Aubervilliers elle présente une éruption de variole discrète, très abondante généralisée sur tout le corps. Etat général assez sérieux. La malade souffre de dysphagie, et elle est très constipée.

Le lendemain on constate du gonflement assez marqué de la face. Les pustules de cette région sont remplies d'un liquide purulent. L'état général reste le même. Temp. matin 38°8, soir 38°6.

Le 8, suppuration sur le front et les membres. Sécheresse de la langue, dysphagie, voix très altérée. Toux et expectoration fréquente. Temp. matin 37, soir 38.

Le 9. — Même état.

Le 10. — Commencement de dessiccation. Aucun accident utérin. Temp. matin 37°4, soir 37°6.

Le 11. — Le gonflement de la face a totalement disparu. Les pustules se dessèchent de plus en plus ; l'état général est bon. Temp. matin 37°2, soir 37°6.

Enfin la malade sort de l'hôpital sur sa demande le 29 novembre.

OBSERVATION XVI

B..., 35 ans, blanchisseuse, vaccinée avec succès étant enfant.

Enceinte de quatre mois et demi. Multipare.

Entrée le 31 octobre pour une variole discrète.

Début de la maladie le 24. Apparition de l'éruption le 29.

Symptômes généraux peu intenses.

Période de suppuration modérée. Guérison.

OBSERVATION XVII

F..., 37 ans, journalière, vaccinée dans l'enfance. Entrée à l'hôpital le 15 août pour une éruption de variole discrète. Enceinte de quatre mois.

La maladie suit son évolution sans aucune complication. Fièvre de suppuration modérée. Pas d'accident utérin. La grossesse continue son cours régulier.

La malade quitte l'hôpital le 16 septembre complètement guérie.

OBSERVATION XVIII

D..., âgée de 33 ans, entrée à l'hôpital de la porte d'Aubervilliers le 14 décembre. Vaccinée une fois dans sa jeunesse. Elle est enceinte de trois mois.

Début de la maladie le 8 décembre, L'éruption apparaît le 11.

A son entrée on constate une variole discrète, très légère. Symptômes généraux modérés.

Le lendemain et les jours suivants la maladie suit son évolution sans accident.

Le 20, la malade sort sur sa demande de l'hôpital.

OBSERVATION XIX

Eugénie M..., 19 ans, vaccinée, avec succès; entrée à l'hôpital pour une variole discrète cohérente.

Enceinte de trois mois.

Rien de particulier à noter pendant l'évolution de la maladie. La malade complètement guérie quitte le service le 8 novembre.

OBSERVATION XX

J... , femme de 22 ans, employée de commerce, vaccinée dans son enfance avec succès ; jamais depuis. Enceinte de deux mois et demi. Dernières règles le 18 janvier. Entrée à l'hôpital de la porte d'Aubervilliers pour une variole discrète généralisée sur tout le corps. Phénomènes généraux peu intenses. Guérison.

VARIOLES COHÉRENTES-CONFLUENTES OU CONFLUENTES D'EMBLÉE

OBSERVATION XXI

R... , âgée de 22 ans, ménagère, entrée à l'hôpital le 18 novembre 1900.

Rien à noter au point de vue héréditaire ou personnel.

Vaccinée avec succès dans l'enfance elle n'a jamais été vaccinée deppis.

Elle se dit enceinte de deux mois et demi.

Début de la maladie le 14, par de la céphalée, des vomissements et de la diarrhée.

Le 15, même état ; cependant vers le soir une hémorrhagie utérine se déclare et la malade se fait transporter à la Maternité où on lui fait des injections vaginales chaudes qui arrêtent l'hémorrhagie.

Le 17, apparition de l'éruption.

A son entrée à Aubervilliers le 18 on constate une éruption de variole, confluyente, généralisée sur tout le corps. Etat général assez grave ; la malade souffre beaucoup de la tête ; elle a la langue sèche comme rôtie, avec douleur à la gorge au moment de la déglutition de la salive. Température 40°6. Pouls 120.

A l'examen l'utérus paraît augmenté de volume et le col est ramolli.

Dans la nuit du 18 au 19, expulsion de l'œuf en bloc. La température baisse, 36,7 matin, 37,6 soir. Ecoulement utérin peu abondant.

Le 20, l'état général est grave : la langue est toujours sèche, le pouls très rapide, peu en rapport avec une température qui atteint 37,6 le matin et 37,8 le soir. La dysphagie est très intense.

Le 21, état stationnaire.

Le 22, les symptômes s'aggravent, la température monte à 38,8 matin et 39 le soir. La malade souffre d'un point de côté à droite, et l'auscultation dénote quelques râles sibilants et ronflants.

Enfin le 23, demi-coma et mort à 1 heure 1/2 du soir.

OBSERVATION XXII

Marie B... 21 ans, vaccinée avec succès dans son enfance. Grossesse de 7 mois. Début de la maladie le 12 septembre par de la céphalée, des vomissements, de la fièvre.

Le 16, apparition de l'éruption. Dans la soirée, elle accouche prématurément d'un enfant mort-né. L'accouchement se fait naturellement.

A son entrée à l'hôpital de la porte d'Aubervilliers, elle présente une éruption de variole cohérente confluyente. Le voile du palais, les amygdales et le fond du pharynx sont couverts de pustules. La langue est sèche et blanchâtre, la soif est vive, il y a de la constipation et de la toux. Température, soir, 40°2. L'écoulement par les organes génitaux est peu abondant et sans odeur. Le ventre souple et non douloureux.

Le 19, la suppuration commencée à la face gagne le reste du corps. Etat général satisfaisant, Température, matin, 38°8, soir, 39°3. La maladie continue son évolution sans aucune complication et la malade sort guérie le 27 octobre.

OBSERVATION XXIII

Al..., âgée de 29 ans, entrée dans le service de M. Roger le 7 décembre 1900.

Grossesse de six mois et demi. Dernières règles, 6 mai.

Rien de particulier à signaler pendant la durée de la grossesse.

Vaccinée à son enfance, jamais depuis.

Début de la maladie, le 27 novembre.

Le deuxième jour de l'invasion, rachialgie extrêmement intense à ne pouvoir plus se tenir debout.

Le 30 novembre, apparition de l'éruption. A son entrée, éruption de variole cohérente ; symptômes généraux peu accentués.

Le lendemain, éruption légèrement confluyente sur la face. Température, matin, 37°8, soir, 39°8. Respiration rude et râpeuse dans la fosse sus-épineuse droite. Toux incessante. Expectoration abondante. Utérus à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On entend nettement les battements du cœur du fœtus.

Le 3 décembre, même état, température, matin, 37°6, soir, 37°2.

Pendant le cours de la variole, on entend les bruits du cœur fœtal. La malade guérie sans le moindre accident.

OBSERVATION XXIV

Marie T..., 42 ans, multipare, vaccinée dans son enfance. Entrée à l'hôpital d'Aubervilliers le 17 juin, avec une éruption de variole confluyente sur le front, le tronc et les membres. Les pustules larges, aplaties et ombiliquées sont très

rapprochées. Le voile du palais, les amygdales et la partie postérieure du pharynx, sont couvertes de pustules. A la vulve l'éruption est cohérente. Douleurs lombaires, courbature, soif vive, constipation, dyspnée, albuminurie.

Grossesse de 6 mois. Dernières règles le 4 décembre 1899. L'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les bruits du cœur du fœtus sont très nets.

Le 18, langue sèche, recouverte d'un enduit épais, subdélirium, insomnie. T. 38°4.

Le 19, même état ; la confluence des pustules de la face a légèrement augmenté. La plupart d'entre elles se touchent par leur circonférence. Sur le tronc quelques pustules présentent une tendance hémorrhagique.

Le 20, délire dans la nuit. T. m. 37, s. 38°8.

Le 21, les pustules faciales sont remplies les unes d'un liquide lactesant, les autres d'un liquide purulent. Pas d'hémorrhagies. Mouvements actifs du fœtus fréquents. On entend distinctement les bruits du cœur fœtal. T. m. 37, s. 37°6.

Le 22, commencement de dessiccation des pustules de la face. La tuméfaction diminue ; sur le tronc les pustules sont en pleine suppuration. Le délire persiste, langue sèche. Les bruits du cœur du fœtus paraissent affaiblis. T. m. 36°8, s. 37°5.

Le 23, la dessiccation se poursuit rapidement. Pas d'hémorrhagie.

Le 24, T. m. 37°2, s. 37°1. La malade continue sa période de dessiccation sans fièvre.

Le 26, l'état général continue à s'améliorer. On entend nettement les bruits du cœur du fœtus.

Le 28, la malade continue sa convalescence sans aucune complication et sort guérie de l'hôpital le 8 juillet.

L'interne de service, M. Weil, qui a suivi cette malade et fait l'accouchement, nous dit que l'enfant chétif à la naissance, s'est développé par la suite d'une façon toute normale.

OBSERVATION XXV

H..., 24 ans, ménagère, vaccinée en bas-âge ; grossesse de cinq mois. Utérus au niveau de l'ombilic.

Entrée le 19 juillet à l'hôpital pour une variole cohérente confluente avec des symptômes généraux graves.

Guérison sans aucune complication ; pas d'accident utérin. La malade sort le 25 août.

OBSERVATION XXVI

L..., 38 ans, vaccinée en bas-âge. Entrée à l'hôpital le 24 août.

Enceinte de 4 mois. Dernières règles fin avril.

Début de la maladie le 20 août. Apparition de l'éruption dans la nuit du 23 au 24. A son entrée à l'hôpital on constate une éruption de variole cohérente confluente. Symptômes généraux graves. T. S. 39°4. Utérus à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Guérison.

OBSERVATION XXVII

B..., domestique, âgée de 21 ans, entrée à Aubervilliers le 18 juillet. Vaccinée dans son enfance, elle porte au bras gauche de très belles cicatrices de vaccine.

Réglée à 17 ans, elle a eu ses règles pour la dernière fois le 26 mars.

Début de la maladie le 13. Apparition de l'éruption le 16. A son entrée à Aubervilliers, l'éruption cohérente à la face est confluyente à l'hypogastre et à la fosse iliaque gauche. Nombreuses pustules sur le fond de la gorge, les piliers du voile et les amygdales. Soif vive, dyspnée. T. s., 38°2

Grossesse de 3 mois et demi. Utérus à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Dans la soirée du 18, la malade a eu une hémorrhagie suivie d'expulsion du fœtus avec rétention du placenta. L'utérus reste gros à mi-chemin de l'ombilic.

Le 19, gonflement de la face, les pustules y sont très rapprochées par suite de leur suppuration ; bouche sèche, soif vive, céphalée. T. m., 38°2, soir, 39°2. Le ventre est légèrement douloureux, lochies abondantes.

Injection intra-utérine d'eau bouillie à 48°.

Le 20, commencement de dessication de la face. Même état général. T. m. 38°, soir, 32°7. Même traitement. Mèche de gaze iodoformée dans l'utérus.

Le 21. T. m. 39°, soir, 38°2. Lochies abondantes.

Le 22. T. m. 38°, s. 38°3, injections intra-utérines ; vessie de glace sur le ventre.

Le 23. Les débris placentaires viennent en grande quantité. T. m. 37°7, soir 38°3.

Le 24. Lochies moins abondantes. Le volume de l'utérus diminue, le ventre est moins douloureux. T. m. 37°8, s. 38°.

Le 25. L'état général s'améliore ; ingestions vaginales.

La malade quitte l'hôpital guérie.

OBSERVATION XXVIII

T..., âgée de 25 ans. Vaccinée étant enfant avec succès. Entrée à l'hôpital d'Aubervilliers le 9 octobre.

Enceinte de 2 mois et demi. Dernières règles le 18 juillet.

Début de la maladie le 5 octobre. L'éruption apparaît le 8.

À son entrée à l'hôpital, elle présente une éruption de variole généralisée cohérente-confluente. Symptômes généraux graves : céphalalgie, soif vive, anorexie, bouche sèche et pâteuse, vomissements très fréquents. Temp. 32°8.

Le 10, même état. T. m. 40°6, s. 38°8.

Le 11 octobre. T. m. 38°4, s. 38°4. La suppuration commencée à la face se propage et gagne le reste du corps. Même état général.

Le 12. Insomnie délire. T. m. 37°3, s. 32°6.

Le 13. Etat amélioré : la nuit a été bonne. T. m. 37°5, s. 38°6.

Le 14. L'état général continue à s'améliorer. Temp. m. 38°4, s. 38°2.

Guérison sans complication du côté de l'utérus.

VARIOLES HÉMORRHAGIQUES

OBSERVATION XXIX

S..., 28 ans, entrée à l'hôpital d'Aubervilliers pour une variole hémorrhagique.

Enceinte de 7 mois et demi.

Dans la nuit du 16 au 17 novembre, accouchement prématuré d'un enfant mort-né. Pas d'hémorrhagie consécutive.

Le 18 novembre, frissons, fièvre, céphalalgie, rachialgie d'une violence extrême, vomissements.

On transporte la malade dans l'après-midi du 19. Elle présente à la partie supérieure du thorax un rash d'une teinte rouge écarlate. La face, l'abdomen et les membres sont indemnes de toute éruption. Sur le dos quelques pustules hémorrhagiques très espacées. La langue est sèche, couverte d'un enduit noirci par le sang. Les gencives, les dents et les lèvres sont fuligineuses, tapissées de sang desséché, la gorge est remplie de mucosités sanguinolentes ; la soif est vive, le pouls petit. Temp. 39°8.

Le foie paraît augmenté de volume.

Lochies très abondantes fétides.

Morte quelques heures après son entrée à l'hôpital.

OBSERVATION XXX

Madame B... entre avec son enfant à l'hôpital de la porte d'Aubervilliers pour une variole hémorraghique, le 22 juin. Son mari atteint d'une variole discrète est en traitement dans le service de M. Roger depuis 10 jours.

Vaccinée dans son enfance elle a été ré vaccinée sans succès quelques jours avant son entrée à l'hôpital.

Début de la maladie le 18 juin par de la céphalalgie, des douleurs lombaires, des vomissements de la diarrhée.

Le 19, elle accouche chez elle d'un enfant vivant et à terme. L'enfant à sa naissance ne présente aucune trace d'éruption. Accouchement normal, délivrance naturelle, pas d'hémorrhagie consécutive.

Le 20, fièvre, soif vive, anoréxie, nausées, constipation, pertes peu abondantes. A son entrée à l'hôpital elle présente un érythème scarlatiniforme avec taches ecchymotiques bleuâtres sur l'abdomen, le dos et les jambes. Pointillé noirâtre sur le voile du palais, les amygdales et la partie postérieure du pharynx. Léger écoulement sanguin par l'oreille gauche. La langue est sèche, l'haleine fétide, soif vive, abattement, vomissements et dyspnée. Température, soir, 36°9. Pouls, 110. Utérus à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Pertes peu abondantes sans odeur. Mort dans la nuit du 22 au 23 juin. Sur la demande de son mari, l'autopsie n'a pas été faite.

L'enfant nourri au sein les premiers jours est élevé au

sein depuis la mort de sa mère. A son entrée, il paraît bien portant et ne présente aucune trace d'éruption.

Vaccinée sans succès, le 22 juin.

Le 29, l'enfant a un peu de fièvre, apparition de petits boutons au niveau des plis inguinaux, du ventre et la partie inférieure des cuisses. Rien sur les jambes et les bras.

Le 1^{er} juillet, quelques boutons apparaissent sur le cou, derrière les oreilles et les jambes.

Le 2, gonflement marqué des pieds ; rien aux mains. Le ventre est très dur ; constipation. Température, matin 37°, soir, 37°6.

Mort à 5 heures 40' du soir.

OBSERVATION XXXI

D... Solange, âgée de 25 ans, cuisinière, multipare, entrée le 6 novembre,

Enceinte de 7 mois 1/2.

Elle a eu trois enfants venus à terme, morts tous les trois. Les accouchements antérieurs ont été normaux.

La grossesse actuelle n'a rien présenté de particulier.

Dans la nuit du 3 novembre, la malade est prise, soudainement, de rachialgie et de céphalie intense.

Le 4, elle est forcée de s'aliter.

Dans la soirée du 5, elle est prise de fortes douleurs utérines, accompagnées de contraction, et accouche 3 heures après, d'un enfant vivant, qui meurt quelques heures après sa naissance.

L'éruption apparaît le 6 novembre, et le jour même, la malade est transportée à Aubervilliers.

A son entrée, on constate une éruption de variole confluente à la face et hémorrhagique aux membres inférieurs, aux reins et le dos. Langue sèche, dyspnée intense, lochies abondantes. Température, soir, 40°4. Pouls, 120.

L'utérus est resté à quatre travers de doigts au-dessus du pubis.

Le 7, l'éruption présente par place une couleur bleu foncée. L'état général continue à être grave. T. m. 39°6, s. 40°6.

Le 10, l'éruption très confluente à la face a donné lieu à une infiltration de paupières. Sur le tronc et les membres l'éruption progresse peu. Aggravation de symptômes généraux : Langue très sèche, délire. Temp. m. 38°4, s. 39.2.

Dans la soirée la malade est dans un état comateux et meurt à minuit.

Autopsie. — Foie : taches jaunes sur la surface ; sur la coupe ces taches accusent une couleur blanche tachée de violet.

Cœur. — Epaissement du bord libre de la mitrale. Myocarde normale.—Reins. Dégénérescence de la substance corticale qui est complètement blanche.

Poumons. — Adhérence à la paroi à droite et à gauche. Estomac : taches hémorrhagiques sur la petite courbure. Utérus : Un peu gros mais parfaitement sain ; un peu de bouillie rougeâtre à la surface interne mais pas de pus. Ovaires gros congestionnés.

OBSERVATION XXXII

S..., âgée de 28 ans, entrée le 22 septembre 1900.

La malade ne présente aucune tare appréciable héréditaire ou personnelle. Elle a eu trois enfants venus à terme et bien portant. Les accouchements ont été spontanés et n'ont rien présenté de particulier. Elle a été réglée à 16 ans; régulièrement depuis. Les dernières règles datent du 10 juillet. La grossesse suit son évolution normale. Vaccinée avec succès une seule fois dans son enfance.

La maladie actuelle a débuté le 18 septembre par de la courbature, céphalée, nausées, vomissements et de fortes douleurs dans les reins.

Ce n'est qu'au 22 que l'éruption apparaît débutant par la face.

A son entrée, on constate une éruption de variole discrète cohérente qui occupe le visage, l'abdomen, le thorax et les membres inférieurs. L'état général est assez sérieux. Temp. à 40°2, pouls à 120, langue sèche saburrale; urines non albumineuses; nous ne relevons aucune lésion au cœur ni aux poumons.

Le 24, l'éruption devient confluyente par places, sur le front, le nez et le pourtour de la bouche, quelques pustules hémorrhagiques apparaissent. La température se maintient au-dessus de 39° et les symptômes généraux restent stationnaires.

Le 26, la suppuration des éléments commence, améliora-

tion sensible de l'état général. La temp. oscille entre 38°5 et 38°9.

Le 27, la maladie suit son cours régulier ; la temp. est à 37°8, le pouls est à 90, état général assez bon ; rien de particulier du côté de l'utérus.

Le 28, 29 et les jours suivants, l'amélioration continue de plus en plus et la malade quitte l'hôpital le 28 septembre. 



Conclusions

1° La varioloïde se comporte chez une femme enceinte comme chez celle qui ne l'est pas.

L'avortement est exceptionnel.

2° Dans la variole discrète, l'avortement n'est pas aussi fréquent qu'on le signale jusqu'ici, comme la proportion de 2 avortements et 1 accouchement prématuré pour 16 malades, nous l'indique.

3° Dans la cohérente-confluente, cette fréquence augmente mais sans atteindre la proportion admise par les auteurs (1 accouchement prématuré et 2 avortements sur 10 cas).

4° Mais par contre la forme hémorrhagique amène à coup sûr l'interruption de la grossesse, terminaison sur laquelle tous sont d'accord.

5° Les périodes d'invasion et d'éruption nous apparaissent, comme plus nocives pour la vitalité du fœtus, que les périodes suivantes.

6° Les chances d'avortement sont d'autant plus grandes que la grossesse est plus avancée.

7° Le facteur principal dans l'interruption de la grossesse tient avant tout à l'infection variolique ; les autres causes nous paraissent très secondaires.

8° La gravidité état physiologique, ne prédispose pas la femme à être atteinte d'une variole grave.

9° Nous n'avons pas vu non plus, après l'avortement l'infection prendre un caractère de malignité spéciale, ni modifier sa nature au point de devenir hémorrhagique.

10° La parasite de MM. Roger et Weil peut traverser le placenta et alors devient la cause immédiate de la variole congénitale.

11° Au point de vue de l'influence des différentes formes de la maladie, sur l'avortement, de chaque période, de l'âge de la grossesse, du mécanisme probable, de l'expulsion du fœtus, et surtout de l'avenir du produit, les plus étroites analogies peuvent être poursuivies entre le processus variolique et le processus syphilitique.

Vu : Le Président de la thèse,
M. DEBOVE.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

- Mauriceau.* — Traité des maladies des femmes grosses.
4693.
- Serres.* — Considérations nouvelles sur la variole et son traitement. Gazette médicale, 1832.
- Gariel.* — Histoire de la variole. Thèse de Paris, 1837.
- Chaigneau.* — De l'influence de la variole sur la grossesse. Thèse de Paris, 1847.
- Hervieux.* — Gazette des hôpitaux, 19 et 26 mai 1834, Traité des maladies puerpérales, 1870.
- Lothar-Mayer.* — Veber Pocken bei Weibl. Geschl. Berlin, Beitrage zur Geburtsh., t. II, p. 186.
- Jobart.* — Influence de la variole sur la grossesse et le produit de la conception. Thèse de Paris, 1880.
- Barthélémy.* — Recherches sur la variole. Thèse de Paris, 1880. Annales de Gynécologie, t. XVI, p. 85.
- Lop.* — Variole et vaccine dans la grossesse. Thèse de Paris, 1893.
- Talamon.* — Classification et pronostic des différentes formes de la variole. Société médicale des hôpitaux, 1890.
- Richardière.* — Union médicale, 23 février 1893.
- Petit.* — Union médicale, 26 décembre 1882.

Stein. — Influence des hautes températures dans quelques maladies aiguës sur la grossesse et l'état puerpéral. Thèse de Paris, 1889.

Tarnier et Budin. — Traité d'accouchement, 2^e vol.

Charpentier. — Traité d'accouchement, 1 vol., p. 570.

Dolérès et Doré. — Archives de tocologie, mars, avril 1884.

Stoltz. — Dictionnaire Jaccoud, art. grossesse.

Fournier. — Leçons cliniques sur la syphilis 1881.

Huchard. — Causes de la mort dans la variole, Thèse de Paris 1872.

Raymond. — La puerpéralité, thèse d'agrégation, Paris 1880.

Arnaud. — La variole hémorrhagique, ses causes, sa nature, ses lésions viscérales. Revue de Médecine 1899.

Charcot. — Comptes-rendus de la Société de biologie 1851 et 1853.

Depaul. — Comptes-rendus de la Société de biologie 1853.

Bourgeois. — Mémoires de l'Académie de Médecine 1861.

Chantreuil. — Gazette des Hôpitaux 1870.

Laurent. — De la variole du fœtus, thèse de Paris 1870.

Desnos. — Société médicale des Hôpitaux 1871.

Auché. — Passage des microbes à travers le placenta des femmes enceintes atteintes de variole. Société de Biologie 1893.

Huc. — Histoire de la variole congénitale. Thèse de Paris 1862.

Depaul. — Progrès médical, 8 mai 1880.

Bouchut. — Gazette des hôpitaux, 1842.

— Traité des maladies des nouveaux-nés et des enfants à la mamelle, 1855.

Davaine. — Nouvelles recherches sur la maladie charbonneuse connue sous le nom de sang de rate. Académie des sciences, 1864.

Roger. — L'hérédité dans les maladies infectieuses. Gazette hebdomadaire, 1889.

Malvooz. — Sur la transmission intra-utérinaire des micro-organismes. Annales de l'Institut Pasteur, 1888. Le passage des micro-organismes au fœtus, *ibid.* 1889.

Straus et Chamberland. — Transmission de quelques maladies virulentes, en particulier de la mère au fœtus. Archives de physiologie, 1883.

Lop. — La variole et la vaccine à Marseille. Revue de médecine, 1897.

Chamberland. — Thèse de Bordeaux, 1882. (Considérations sur la variole fœtale).

